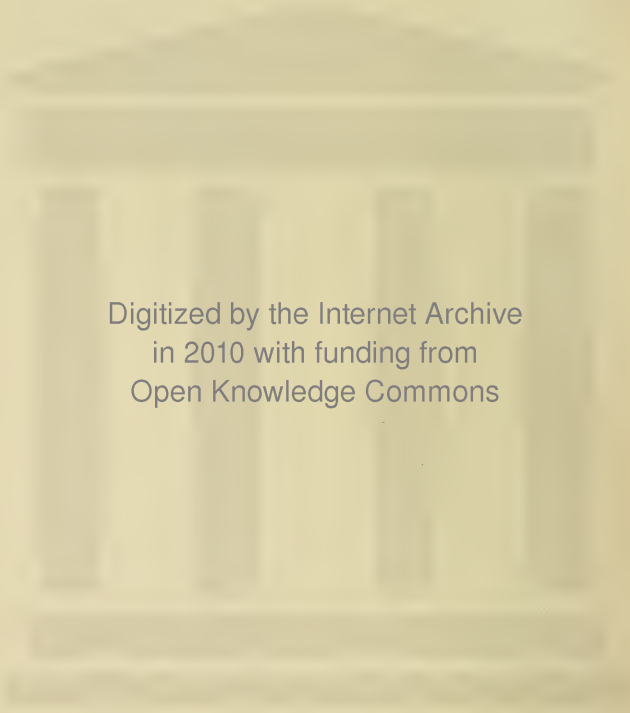
COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64061582
RD101 F914 1885 U"ber die Spontanlux
1885
RECAP

Friedheim
Uber die spontanluxation des hüft-
gelenks nach typhus.

COLUMBIA UNIVERSITY
IN THE CITY OF NEW YORK
THE LIBRARIES
HEALTH SCIENCES LIBRARY


Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/uberdiespontanlu00frie

L 434

Über die

Spontanluxation des Hüftgelenks nach Typhus

und ihre Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 23. Juli 1885

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hans Friedheim

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Hüttig.
- Dr. med. Frentzel-Beyme.
- Dr. phil. Friedheim.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

KD 101
.F914
1985

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Neben den allbekannten sogenannten traumatischen Luxationen und den seltenen, auch seit lange bekannten angeborenen Luxationen kommt eine dritte Klasse von Verrenkungen vor, deren mannigfache Bezeichnungen schon deutlich die Schwierigkeiten verstehen lassen, die sie ihrer genauen Kenntniss geboten haben. Wir meinen die Spontanluxationen, die ausserdem als consecutive, pathologische oder entzündliche von den verschiedensten Autoren bezeichnet worden sind, ohne dass sich ein Autor mit dem von einem anderen gewählten Ausdruck vollständig einverstanden erklären konnte. Das hat seinen einfachen Grund darin, dass sich keiner dieser Namen vollständig mit dem Begriff dieser Art Verrenkungen decken kann, wie man dies leicht aus der für sie in Eulenburgs „Realencyclopädie der gesammten Heilkunde“ gegebenen Definition erkennen kann, wo es heisst: „Luxatio spontanea, welche in Folge von Zerstörung „der knöchernen Gelenkenden oder der Gelenkbänder „oder beider oder in Folge von Substanzverlusten oder „Deformitäten der ersteren und Erschlaffung oder Deh„nung der letzteren durch vorausgegangene entzündliche „Prozesse zu Stande kommt.“

In dies mehr oder weniger unklare Gebiet ist durch Volkmanns Arbeiten Sichtung hineingebracht worden, indem er drei grosse Klassen der Spontanluxationen unterschied und eine bestimmte Einteilung schuf, der auch Hueter in seiner „Klinik der Gelenkkrankheiten

pag. 272“ folgt. Er unterscheidet die Distentions-, Destructions- und Deformationsluxationen und versteht unter ihnen folgendes:

ad 1. Die Distentionsluxationen entstehen durch übermässige Füllung des Gelenks mit Flüssigkeit (meist der seröse Erguss des Hydrarthros), die das Gelenk allmählich ausdehnt und mit Hülfe einer forcierten Bewegung oder dergleichen die Verrenkung zu Stande bringt. — Geringe Füllung des Gelenkes, compliciert mit bereits eingetretener Erkrankung der Gelenkbänder, bildet den Übergang zur zweiten Gruppe.

ad 2. Die Destructionsluxationen verlangen zu ihrem Zustandekommen, dass Knorpel und Knochen des Gelenkes mehr oder weniger durch entzündliche Processe — Chondritis und Ostitis, hervorgerufen durch eine vorausgegangene Synovitis granulosa — zerstört sind, indem dann die innige Berührung der Gelenkflächen aufgehoben ist, und nun geringfügige Momente genügen dieselben ausser Contact zu bringen.

ad 3. Die dritte Gruppe sind die Deformationsluxationen, die meist erst in weit vorgeschrittenen Stadien der Arthritis deformans eintreten, wo Abreibung des zerfaserten Knorpels und Druckatrophie des markig aufgetriebenen Gelenkkopfes vorhanden ist.

Streng genommen kann man ja nun von den beiden letzten Gruppen nicht als eigentlichen Luxationen reden, denn der Begriff der Verrenkung setzt doch voraus, dass der Gelenkapparat mehr oder weniger intact sei, da nicht vorhandene Gelenkflächen ja auch nicht ausser Contact kommen können. Dass aber doch von ihnen als solchen die Rede ist, liegt daran, dass einmal eine wirklich so scharfe Grenze, wie oben angegeben, nicht vorhanden ist und dass andererseits bei allen dreien dasselbe klinische Bild entsteht, das die traumatische Verrenkung in ihren verschiedenen Variationen bietet.

Diese Spontanluxationen sind wohl nur an den grossen Gelenken beobachtet worden. In seltenen Fällen an der Schulter, wie Gueterbock einen Fall mitteilt am Schluss seiner Arbeit: „Über spontane Luxationen und einige andere Gelenkkrankheiten bei Ileotyphus, Vortrag gehalten in der 2. Sitzung des II. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 18. IV. 73“, oder am Kniegelenk, wie Verneuil zwei Fälle erwähnt in: „Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aigues et de leur réduction immédiate. Bull. de la Soc. de chirurgie (31. X. 83) pag. 781“. Das Hauptcontingent zu dieser interessanten Erscheinung liefert die Hüfte, bei der aber auch im Vergleich zu den anderen Affectionen, die sie treffen können, die Spontanluxation ein ausserordentlich seltenes Ereigniss ist.

Was ihr Vorkommen anbetrifft, so sieht man sie auftreten im Verlaufe von acuten Exanthemen oder im Anschluss an dieselben, z. B. Variola, wofür unten ein specieller Fall folgt, oder acuten Rheumatismus oder, und dies ist das häufigste, beim Typhus abdominalis.

Bei diesem gehören überhaupt Complicationen von Seiten der Gelenke, wenn nicht zu den seltensten, doch jedenfalls selteneren Nachkrankheiten, und dass unter ihnen die Spontanluxation wieder nur einen kleinen Bruchteil ausmacht, versteht sich von selbst. Bardeleben sagt zwar, dieselben kämen nicht ganz selten vor beim Typhus abdominalis, doch sind sie in früherer Zeit so wenig beachtet resp. erkannt worden, dass selbst Murchison sie in seinem Buch über die typhoiden Krankheiten gar nicht erwähnt.

Erst seit Roser seine bahnbrechende Arbeit: „Die Lehre von den Spontanverrenkungen des Oberschenkels und die Frage ihrer Wiedereinrichtung; Schmidts Jahrbücher Bd. 94, pag. 120“ veröffentlichte, ist das Interesse

und die Aufmerksamkeit mehr auf diesen Punkt gerichtet worden und die Beobachtungen haben sich gemehrt.

Bevor wir nun zur Besprechung unserer beiden speciellen Fälle von Spontanluxation des Hüftgelenks übergehen — im Anschluss an deren Behandlung ein kurzes Résumé über die Behandlung der Hüftgelenksankylose in Folge von Spontanluxation gegeben werden soll —, wollen wir in Kurzem die Ansicht der einzelnen Autoren über diese Affectionen wiedergeben.

J. Parise „Archives générales de médecine, IIIe série — Tome XIV. pg. 1: „Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées ou symptomatiques du fémur““ giebt in seinem Aufsatze folgendes:

Er leugnet die Möglichkeit resp. die Thatsache einer Spontanluxation bei mehr oder weniger zerstörtem Gelenk keineswegs und giebt zwei Gruppen von Affectionen derselben an, die im wesentlichen den Gruppen 2 und 3 nach Volkmann entsprechen, behauptet aber, dass sie noch auf eine dritte Art und Weise entstehen können und verteidigt die von J. L. Petit in seinem 1722 erschienenen Buche: „Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent des luxations dont les auteurs n'ont point écrit“ gegebene Ansicht, die er in den Worten zusammenfasst: La luxation est due à l'accumulation d'un liquide qui, repoussant le fémur, le livre à l'action musculaire. Parise giebt nun dabei zuerst einen kurzen historischen Überblick, dessen Wiedergabe an dieser Stelle kaum von Interesse sein dürfte, und weist dann durch Experimente an der Leiche nach, dass durch Füllung der Kapsel des Hüftgelenks mit Flüssigkeit dieselbe so weit ausgedehnt werden kann, dass die Möglichkeit für das Entstehen einer Luxation gegeben ist. Er spritzt die Flüssigkeit in das Gelenk nicht blos von oben durch das Darmbein, sondern auch

von den verschiedensten Seiten, um den Einwurf zu vermeiden, dass etwa durch die Gewalt, mit der die Flüssigkeit von oben injiciert wird, der Kopf aus der Pfanne herausgetrieben würde. Der Erfolg seiner Versuche ist jedesmal Luxation des Femurkopfes nach hinten bei beträchtlicher Dehnung der Kapsel.

Darauf bringt er drei Sectionsbefunde, von denen der erste darum nicht recht beweisend ist, weil bei ihm Zerstörungen durch Caries auf den Gelenkflächen sich zeigen. — Der zweite und dritte Sectionsbefund sind, obwohl sich bedeutender hydropischer Erguss und Ausdehnung der Kapsel bei luxiertem Schenkelkopf vorfindet, doch nicht strikte beweisend dafür, dass Flüssigkeitsansammlung und nichts anderes die Gelenkflächen ausser Contact gebracht hat, weil der Hydrops ja eben so gut erst nach der Luxation entstanden sein könnte.

Er fasst dann das Ergebniss seiner Untersuchungen, ehe er den Mechanismus dieser Verrenkungen untersucht, in folgenden Sätzen zusammen: „La présence „seule d'un liquide dans l'article rend nulle la pression „atmosphérique qui maintient le fémur dans la cavité „cotyloide, en l'équilibrant. — La réplétion sans am„pliation de la capsule repousse le fémur en déhors, loin „de l'appliquer avec plus de force contre l'os iliaque. — „Dès lors qu'un liquide s'accumule outre mesure dans la „jointure, il surmonte la résistance des ligaments et des „muscles".

Den Mechanismus der Verrenkung erklärt er dann so, dass die Kapsel eine ungleiche Ausdehnung erfährt, indem die hintere Wand der Kapsel, die nicht so stark ist wie die vordere, mehr gedehnt wird. Das Ligamentum teres ferner wird gedehnt. Die Adductoren ziehen den Schenkel an und als weiteres sehr begünstigendes Moment kommt hinzu, dass die Kranken, die bei diesen Zuständen im Bette liegen, auf der gesunden Seite

liegend das Bein der kranken Seite flectieren. So drängen sie den Schenkelkopf stark nach dem hinteren Pfannenrand, er befindet sich durch das Exsudat in gleicher Höhe mit ihm und hat nun, da ihn die Kapsel ja nicht straff zurückhält, vollständigen Spielraum aus der Pfanne zu schlüpfen.

Wenige Jahre nach Parise gab Roser in der eben erwähnten Arbeit seine Ansicht kund über die Spontanluxation der Hüfte und hat für seine Theorie die meisten Anhänger gefunden, während Hueter und nach ihm Weil nicht mit seiner Ansicht übereinstimmt.

Rosers Arbeit hat in kurzem folgenden Inhalt:

Sobald die Gelenkkapsel und das runde Band beträchtlich verlängert sind — dass sie dies sein können, ist ja zweifellos — kann eine Dislocation des Schenkelkopfes ganz spontan d. h. ohne alle äussere Gewalt, nur durch eine Bewegung des Kranken zu Stande kommen, und zwar bei Rotation von aussen nach innen. — (Versuche am Cadaver nach Durchschneidung des Ligamentum teres ausgeführt, bestätigen dies.) — Als Ursache für die Kapselverlängerung wird wohl eine wässrige Exsudation (Petit) vorausgesetzt werden müssen. Die wenigen zu Gebote stehenden Sectionen, bei denen sich eine hydropische Beschaffenheit des luxierten Gelenkes nachweisen liess, sind nicht strikte beweisend, denn der Hydrops könnte ja auch erst nach der Verrenkung entstanden sein. — Man kann aber den Beweis durch Exclusion führen. Wir vermögen uns keine andere Ursache der Kapselerschlaffung zu denken, als den Hydrops, wir haben auch an anderen Gelenken keinen anderen Mechanismus solcher weitergehenden Kapselerschlaffungen kennen gelernt, wir müssen also zu dieser Ansicht unsere Zuflucht nehmen.

Während wir die Spontanverrenkungen bei acuter, z. B. pyämischer Eiterung aus der Zerstörung der Kapsel

und die bei chronischer Eiterung aus Zerstörung der Knochen abzuleiten alle Ursache haben, so werden wir in den Fällen, wo nur die Zeichen einer rheumatischen Entzündung ohne Symptome von Eiterung oder Contusion mit Blutextravasat voranging, oder wo überhaupt die Verrenkung ohne einen Eiterungsprocess rasch zu Stande kommt, an Kapselerschlaffung denken müssen. Dies ist namentlich bei den typhösen Spontanverrenkungen des Hüftgelenks das wahrscheinlichste.

Auch durch Abschleifung, durch Schwund des hinteren oberen Pfannenrandes entstehen gewisse, meist unvollkommene Dislocationen des Schenkelkopfes und es könnte vielleicht bei veralteten Fällen sehr schwierig oder sogar unmöglich sein, solche Abschleifungsdislocationen von den Erschlaffungsdislocationen zu unterscheiden. Denn letztere kann im weiteren Verlauf Abschleifung nach sich ziehen und alle Symptome jener darbieten. Doch entstehen solche Veränderungen langsam und die Kapselverlängerung durch Exsudat bleibt die einzige Vermutung, welche für die rasch und ohne Eiterungsprocess entstandene Spontanverrenkung angegeben werden kann.

Stromeyer spricht in seiner Chirurgie gleichfalls von der Spontanluxation des Hüftgelenks, die er allerdings nur nach Typhus zu kennen scheint. Seiner Meinung nach ist die mit dem Typhus zusammentreffende Gelenkentzündung eine serös-exsudative Synovialhautentzündung, wobei das Gelenk mit Flüssigkeit ausgedehnt wird, die Bänder sich erweichen und so eine Verrenkung entstehen lassen.

Ganz im Gegensatz zu diesen Ansichten steht die von Hueter vertretene Anschauung. Er hält die nach Typhus auftretende und zur Luxation des Femur führende Hüftgelenksentzündung für eine eitrige, bei der sich der Eiter einfach resorbiert, oder bei der man der Resorption

durch Punction nachhelfen müsse. Seiner Ansicht schliesst sich Karl Weil*), „Prager Medic. Wochenschrift 1878 pag. 61“ bei Gelegenheit der Veröffentlichung eines Falles von Spontanluxation der Hüfte nach Typhus an und hält die von Gueterbock (s. u.), Roser und Keen vertretene Ansicht, dass das Exsudat stets ein seröses sei und dass es zu einer Destruction des Gelenkes nie komme, für unrichtig und meint, dass sein Fall ein Beweis dafür sei, dass Hueters Anschauung wenigstens für vereinzelte Fälle richtig sein kann. Doch ist sein Fall kein Gegenbeweis gegen die Ansicht Rosers vom Hydrarthros. Bei ihm handelt es sich um eine Destructionsluxation, bei der also die Verrenkung deshalb eintrat, weil das Gelenk in Folge einer vom Knochen ausgehenden Entzündung nicht mehr intact war. Ein Vorkommen solcher vom Knochen ausgehender Entzündungen wird keineswegs in Abrede gestellt und nur behauptet, dass wenn Luxation in Folge von Distention der Kapsel auftritt, dieselbe durch einen serösen, nicht aber eitrigen Erguss in das Gelenk hervorgerufen wird.

Gueterbock vertritt in seiner oben erwähnten Arbeit die schon eingehender wiedergegebenen Anschauungen Rosers und ist ein Verteidiger der Ansicht, dass es sich bei den betreffenden Fällen um einen Hydrops des Gelenks handelt.

A. Verneuil endlich in „Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aigues et de leur réduction immediate. Bull. de la soc. de chirurgie 31. X. 1883“ und Paul Reclus in: „Des luxations subites au cours des fièvres graves. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1883 No. 48 pag. 781“ besprechen diese Frage an der Hand von Fällen, die sich allerdings alle auf acuten Rheumatismus beziehen, bei denen man

*) S. Anlage I pag. 27.

aber den einen*) ohne zu grossen Zwang auch in den Rahmen unserer Betrachtungen hineinziehen kann. Bei diesen handelt es sich um Spontanluxation nach Gelenkrheumatismus, der sich im Anschluss an Typhus entwickelte. Verneuil meint, selbst wenn Hydrarthose vorläge — die er aber nicht für durchaus bewiesen hält, da speciell an der Hüfte die Tiefe des Gelenkes eine genaue Diagnose speciell des Fehlens oder Vorhandenseins von Hydrops hindere — genüge dieselbe nicht zur Erklärung der Luxation und ein Einfluss der Muskelaction sei unbedingt anzunehmen. — Er sieht den Grund in der Wirkung einzelner Muskelgruppen bei gleichzeitiger Paralyse der Antagonisten. Paul Reclus fasst seine Ansicht, die sich mit der vorhergehenden ziemlich deckt, wie folgt, zusammen:

„Lorsque le hasard réunit au niveau d'une même jointure:

1° une attitude vicieuse qui favorise l'action d'un certain groupe musculaire,

2° l'atrophie et la paralysie du groupe musculaire antagoniste,

3° la perte de résistance des ligaments,

il y a chance de voir se produire un déplacement dont la rareté relative s'explique d'ailleurs par la multiplicité des conditions pathologiques nécessaires.

Zu dieser Ansicht ist zu bemerken, dass die erste der geforderten Bedingungen jedenfalls zugegeben ist; dass aber, was No. 2 anbetrifft, wenn die betreffenden Muskeln vielleicht auch etwas atrophisch werden, eine Paralyse derselben keineswegs vorhanden ist. Das Beispiel, das Verneuil und nach ihm Reclus von dem Kniegelenk anführt, ist für die Hüfte keineswegs beweisend. — Wenn ferner der Verlust des Widerstandes

*) S. Anlage II pag. 29.

der Ligamente gefordert ist, so ist dies vollständig richtig. Es fragt sich nur, wodurch dieselben ihre Resistenz verlieren. Und dafür ist wohl die einfachste und ungezwungenste Erklärung in der Füllung des Gelenks mit serösem Exsudat zu suchen.

Nach Reclus hätten auch die Adductoren und die Beuger stets das Übergewicht, und es müsste danach immer eine Luxation des Femurkopfes nach hinten eintreten. Dass dies nicht immer der Fall ist, obwohl es gewiss das häufigste, wird unser Fall darthun und zur Widerlegung folgender Worte Verneuils am besten dienen:

„Si les partisans de la théorie de l'hydrarthrose persistaient à y voir la cause du déplacement, je ferais remarquer que si l'accumulation du liquide est capable de séparer la tête fémorale du fond de la cotyle, elle ne saurait pousser cette tête dans une direction plûtot que dans l'autre."

So bleibt also Rosers Ansicht die maassgebende, dass die Spontanluxation bei Typhus resp. den anderen oben erwähnten Krankheiten eintritt bei irgend einer Bewegung des Kranken — soweit kann man also die von Verneuil und Reclus geforderte Muskelaction gelten lassen — wenn die Gelenkkapsel in Folge von Hydrops in „Distention" gerathen ist.

Auf die Therapie dieser Affectionen wollen wir später im Zusammenhang mit der in unseren beiden Fällen angewandten näher eingehen und dabei wieder die von den einzelnen Autoren angegebenen Methoden kurz besprechen.

I. Fall: G. Z., 18 Jahre alt, deren Mutter an einer innern Krankheit gestorben, deren Vater an Hämorrhoiden leidet, will bis vor einem Jahr stets gesund gewesen sein. Damals fiel sie beim Säubern des Zimmers von einem Stuhl und verspürte gleich darauf heftige Schmer-

zen im linken Bein in der Gegend des Kniegelenks. Kurze Zeit später erkrankte sie fieberhaft und wurde in einem Krankenhaus an Typhus abdominalis behandelt. Nach Ablauf desselben bemerkte Pat. eine starke Krümmung des linken Kniegelenks und schildert ihren Zustand so, dass ihr rechtes Bein dabei immer kürzer geworden wäre, d. h. sie hat stark gehinkt. Nachdem Patientin noch Lungenentzündung und Diphtheritis überstanden hatte, wurde ihr am linken Bein ein Streckverband angelegt, der aber bald wieder abgenommen werden musste, weil er der Patientin grosse Schmerzen, besonders im Kreuz verursachte.

Patientin suchte zur Befreiung von ihrem Leiden am 28. X. 1884 das Krankenhaus der jüdischen Gemeinde zu Berlin auf.

Status praesens: Patientin ist eine kleine untersetzte Person von kräftiger Musculatur und gut entwickeltem Panniculus adiposus.

Der linke Oberschenkel steht in starker Flexion, Abduction und geringer Rotation nach aussen. Die Flexion ist sehr beträchtlich, der Oberschenkel ist in einem Winkel von mindestens 75° flectiert. Die Abduction ist maximal und zu ihrer Compensierung das Becken auf der kranken Seite so gesenkt, dass die linke Spina ilei ant. sup. über 6 cm tiefer steht als die rechte.

Der Trochanter ist stark nach seitwärts und unten gerückt und soweit gegen die hintere Seite des Schenkels, dass er seitlich nur wenige Centimeter von dem Tuber ossis ischii entfernt ist. Er steht um 13—14 cm tiefer, als auf der gesunden Seite, so ziemlich in der Höhe der Roser - Nelatonschen Linie seiner stark gesenkten Seite.

Von der Stellung des Kopfes kann man sich an keiner Stelle sicher überzeugen, da er durch das dicke Fettpolster nirgends sicher gefühlt werden kann.

Die Ankylose des linken Oberschenkels ist sehr beträchtlich; bei sämmtlichen Bewegungen desselben geht das Becken mit.

Beim Gehen tritt die Patientin mit der ganzen Sohle auf und hat dabei eine beträchtliche sinistroconvexe Scoliose und eine Lordose der Lendenwirbelsäule. —

Es liegt hier also offenbar eine der selteneren Luxationen des Femur nach vorn vor, wie es sich aus der Flexion, Abduction und Rotation nach aussen ergiebt, und zwar in der Form der Luxatio obturatoria oder perinealis.

Kniegelenk und die übrigen Gelenke völlig frei, Ernährungsstörungen an der betreffenden Extremität sind nicht zu constatieren, doch scheint der Umfang der linken Wade ein ganz klein wenig geringer zu sein als der der rechten. — An der Hinterfläche des linken Oberschenkels eine 20pfennigstück grosse Narbe, angeblich von gesetzten Blutegeln herrührend.

Patientin wird am 18. XI. in Narkose untersucht. Es gelingt jetzt mit ziemlicher Sicherheit eine Anschauung über die Stellung des Femur zu gewinnen. Der Kopf des Femur ist an der inneren Fläche des Schenkels zu fühlen in der Fortsetzung der Inguinalfalte. Er stemmt sich gegen den aufsteigenden Sitzbeinast an, von welchem er deutlich abgetastet werden kann. Die Stellung des Trochanter entspricht der oben angegebenen. Auch in der Narkose ist es nicht möglich, den Femur zu bewegen nach irgend einer Richtung hin, ohne dass das Becken den Bewegungen folgt. Es besteht also vollständige Ankylose.

Am 25. XI. wird die Operation in Narkose vorgenommen: In der Längsrichtung des Schenkels wird ein circa 15 cm langer Schnitt über den Trochanter hinabgeführt und von diesem aus bis auf den Trochanter

vorgedrungen. Trochanter und Collum femoris werden hierauf mit Messer, Raspatorium und Elevatorium freigelegt und der Schenkelhals mit einigen kräftigen Meisselschlägen durchtrennt. Darauf erfolgt die Gradrichtung des Beines und Anlegung der Naht mit Offenlassen des unteren Wundwinkel. — Jodoform-Holzwolle-Compressionsverband.

27. XI. Temperaturerhöhung von 38°, Verbandwechsel: Alles in bester Ordnung, die Blutung aus dem Knochen ist eine ziemlich beträchtliche gewesen; Einlegung eines Gummidrains. — Anlegung eines Extensionsverbandes mit 5 Pfund Gewicht, der aber am

28. XI. wegen heftiger Schmerzen, über die Patientin klagt, vorläufig fortgelassen werden muss.

30. XI. Abends Temperatur 38,3°.

1. XII. Temperatur normal.

2. XII. Abends Temperatur 38,8°.

3. XII. Zweiter Verbandwechsel: Die Wunde wird in sehr schöner Heilung gefunden, und ein neuer Versuch mit der Anlegung des Extensionsverbandes gemacht.

4. XII. steigt die Temperatur auf 38,6.

5. XII. muss die Extension wieder aufgegeben werden, da Patientin über heftige Schmerzen in der ganzen Extremität, besonders aber der Calcaneusgegend klagt. An diesem Tage hat sie zum letzten Male eine ganz geringe Temperaturerhöhung von 38,2° und von nun an ist der Verlauf fieberlos.

12. XII. findet man bei einer genauen Untersuchung, dass die Operation ihren Zweck noch nicht vollständig erreicht hat, und dass die Stellung des linken Beines noch nicht völlig ausgeglichen ist. Es besteht vielmehr nach wie vor Flexion und Abduktion, wenn auch in viel geringerem Grade als vor der Operation.

18. XII. Patientin klagt immer noch über Schmerzhaftigkeit in der ganzen Extremität.

Der Fuss steht in leichter Klumpfussstellung. Es lässt sich nicht sicher feststellen, ob Patientin den Fuss nur ungeschickt bewegt oder ob etwa eine Lähmung vorhanden ist. Feste Berührung der Extremität, besonders der äusseren Seite ist der Patientin sehr schmerzhaft.

5. I. 1885. Patientin fängt allmählich an herumzugehen; es zeigt sich, dass der Gang bedeutend besser geworden ist, vor allem das starke Hinken nach der Seite nicht mehr besteht. Sie geht etwas steif und ungeschickt, doch ist jede seitliche Flexion der Wirbelsäule aufgehoben, wie es scheint, und es tritt beim Gehen nur noch Lordose der Lendenwirbel ein.

15. I. 1885. Patientin bewegt sich ziemlich viel und mit einer gewissen Gewandtheit. Die Difformität des Ganges ist eigentlich nicht mehr sehr auffällig.

28. I. 1885. In der Naht zeigt sich eine 5-Pfennigstückgrosse Stelle schmierig-eitrig belegt, von der aus man mit der Sonde bis auf den Knochen kommt. — Jodoformverband.

10. II. Fistelöffnung in der Naht hat sich unter mehreren Jodoformverbänden beträchtlich verkleinert und secerniert nicht mehr.

3. III. Zur Ausgleichung der noch bestehenden fast rechtwinkligen Flexionscontractur im Hüftgelenke wird zu einer zweiten Osteotomie geschritten. In Narkose wird an der äusseren Fläche des Oberschenkels dicht unter dem Trochanter ein 5 cm langer Schnitt in der Längsrichtung des Schenkels nach unten geführt. Haut, Fascien und Musculatur schichtweise durchschnitten, der Knochen blossgelegt und das Periost abgeschabt. Darauf wird mit einem starken graden Meissel der Oberschenkel senkrecht auf seine Längsaxe mit mehreren kräftigen

Schlägen durchtrennt. Es gelingt denselben glatt und scharf zu durchschneiden. Die Blutung ist eine mässige, kann leicht gestillt werden und ist hauptsächlich eine Knochenblutung. Es wird hierauf das Bein grade gerichtet und in Extension gehalten, während dessen ein Drain bis zur tiefsten Stelle gegen den Knochen zu dicht an denselben eingelegt und die Wunde mit 3 Etagennahtreihen bis auf die Drainöffnung geschlossen. — Antiseptischer Jodoform-Sublimatgaze-Verband; in denselben wird auf der Vorderfläche des Beines eine starke Holzschiene eingebunden. Vom Extensionsverbande wird abgesehen. Lagerung auf ein planes Lager. Patientin klagt nach der Operation nur wenig über Schmerz.

4. III. Verband liegt gut, Patientin hat nicht zu klagen. Temperatur 38,8°.

5. III. Temperatur 38,7°.

6. III. Temperatur normal.

7. III. steigt die Temperatur wieder auf 38,2°.

8. III. Vollständig fieberlos; keine Schmerzen. — Alle Functionen, Appetit, Stuhl, Schlaf sind normal.

Der weitere Verlauf der Wundheilung ist vollständig normal. Nachdem die Patientin am 11. April auf dem Chirurgencongress vorgestellt war, wurde sie am 8. Juni 1885 mit vollständig geheilter Wunde und wenig hinkendem Gang entlassen. Das Bein stand noch in sehr geringer Flexion und Abduction.

II. Fall. S. G., 12 Jahre alt, dessen Eltern und Geschwister gesund sind, hat in der Jugend Masern überstanden und will sonst stets gesund gewesen sein. Im October 1884 erkrankte Patient an den Pocken und hat seit dieser Zeit stets das Bett gehütet. Nachdem die Pocken fast gänzlich geheilt waren, bekam Patient heftiges Reissen und es stellte sich Unbeweglichkeit in dem linken Arm ein, besonders schmerzhaft war das linke Schultergelenk und das linke Hüftgelenk. Dieses

Leidens halber suchte Patient am 25. II. 1885 das Krankenhaus der jüdischen Gemeinde in Berlin auf.

Status praesens am 26. II:

Patient ist ein Knabe von gesundem Aussehen; seine Muskulatur ist mässig entwickelt. Er ist nicht im Stande, den linken Arm zu heben und zu rotieren; das Caput humeri scheint nicht im normalen Gelenk zu liegen, resp. ist leicht aus dem Gelenk zu heben. Ebenso ist das Acromion aus der normalen Stellung nach hinten verschoben. Fluctuation ist nicht zu fühlen, so dass nur eine allgemeine Erschlaffung der Bänder vorzuliegen scheint. Ellbogen und Handgelenk des linken Arms sind normal beweglich. Der rechte Arm und das rechte Bein sind in keiner Weise afficiert und gut beweglich. Das linke Bein zeigt in seiner Haltung bedeutende Abweichung von der Norm. Dasselbe ist gegen das Abdomen zu stark flectiert, ferner adduciert, so dass der Patient dasselbe andauernd über dem rechten Bein zu liegen hat, und wird fortdauernd nach innen rotiert gehalten. Die Spina ilei ant. sup. der linken Seite steht bedeutend tiefer als die der rechten. Wird diese Beckenverschiebung ausgeglichen, zeigt sich eine erhebliche Verkürzung des linken Beins. Der Trochanter ist auf der linken, kranken Seite um 3—4 cm über seine normale Lage hinaus nach oben verschoben. In der Fossa externa des Darmbeins ist ein kugliger Tumor zu fühlen, der als Caput femoris angesprochen werden muss. Es liegt hier also vor: Flexion, Adduction und Rotation nach innen, Hochstand des Trochanter, während der Femurkopf hinter seinem normalen Platze zu fühlen ist. Es besteht also hier eine Luxation des Femur nach hinten. — Patient kann nicht mit der Planta pedis auftreten. Kniegelenk und Fussgelenk sind frei beweglich. Die Muskulatur des Beines ist gut entwickelt. Im übrigen fühlt der Patient sich wohl.

Es wird ein Extensionsverband, der seine Wirkung das Caput femoris wieder in das Acetabulum zu bringen gut erfüllt, angelegt und, da Patient ihn gut verträgt, liegen gelassen bis zum 11. April, wo er zum Zweck der Vorstellung des Knaben auf dem Chirurgencongress entfernt wird. Er wird nochmals durch einen neuen ersetzt, der bis Ende Mai liegen bleibt, und so gut wirkt, dass der Knabe Anfang Juni mit einer Tailorschen Schiene als vorläufig geheilt entlassen werden kann.

Was nun die Behandlung einer Spontanluxation nach Typhus (Variola, Rheumatismus u. s. w.) anbetrifft, bei denen es sich also um Kapselerschlaffung und -Dehnung in Folge von Hydrops des Gelenks handelt, so muss man von vornherein als das wünschenswerteste die Einrenkung betrachten und erstreben. Roser drückt diese Ansicht in folgenden Worten aus in seiner mehrfach erwähnten Arbeit: „Es giebt Spontanverrenkungen, deren Entstehung aus Kapselverlängerung, letztere wahrscheinlich immer durch wässriges Exsudat bedingt, abgeleitet werden muss. Die Spontanverrenkungen solcher Art können ohne andere Complicationen, also ohne Eiterung, Knorpelzerstörung und dergl. auftreten, und es ist darum auch kein physiologischer Grund zu finden, welcher gegen die Möglichkeit oder Zweckmässigkeit einer Wiedereinrichtung in solchen Fällen sprechen könnte."

Sieht man die Spontan-Luxation unter eigener Beobachtung entstehen oder bekommt man eine solche Affection frühzeitig in Behandlung, so wird man in Narcose die Einrenkung vornehmen. In solchen frischen Fällen, wo der Kopf frei beweglich ist, wird die Einrichtung kaum Schwierigkeiten verursachen oder, falls sie Schwierigkeiten bietet, dieselben doch immer mehr oder weniger leicht zu überwinden sein. Eine andere Frage, auf die wir gleich zurückkommen wollen, ist die, ob der Kopf auch in der Pfanne bleibt. Vorläufig wollen wir von

diesem Punkte absehen und die Fälle ins Auge fassen, bei denen die Einrenkung mit Erfolg versucht wurde.

Da haben wir vor allem den oben erwähnten Verneuilschen Fall im Auge, bei dem die Reduction auffallend rasch gelang. Dieselbe wurde nicht, wie dies bei uns bei einer Luxatio iliaca zu geschehen pflegt, durch Hyperflexion, Abduction und plötzliche Extension ausgeführt, sondern es wurde gleich stark extendiert, was bei der durch serösen Erguss stark ausgedehnten Kapsel jedenfalls leicht geschehen konnte, und zu gleicher Zeit nach aussen rotiert und abduciert. Das Bein wurde dann zur Erhaltung der Lage in eine Bonnetsche Schiene gelegt, und alles sprach für eine vollständige Heilung, die leider nicht ganz sicher constatiert ist, da der Fall während der Behandlung veröffentlicht wurde. —

Zwei andere Fälle, von denen Verneuil berichtet, sind deshalb so interessant, weil er um das Jahr 1845 gewissermassen unter seinen eigenen Augen die Luxation nach acutem Rheumatismus entstehen sah, ohne an die Möglichkeit einer Wiedereinrichtung zu denken, da ihm damals diese Art von Spontanluxation noch vollständig fremd war und ebenso auch ihre Behandlung durch einfache Einrenkung.

In dem Fall, den Gueterbock erwähnt, wurde der Kopf des Femur durch das oben erwähnte Manoeuvre eingerichtet und durch Application eines Gypsverbandes in seiner Lage erhalten. Es wurde vollständige Heilung erreicht.

Weil giebt an, bei den Reductionsversuchen, die er in seinem oben erwähnten interessanten Falle vornahm, sei es jedesmal gelungen, durch Extension und Rotation nach aussen dem Bein die richtige Stellung zu geben; sobald man aber mit dem Zuge nachgelassen habe, sei die fehlerhafte Stellung von neuem eingetreten. Eine zuerst 3 Monate fortgesetzte Extension habe nicht zum

Ziele geführt und erst als sie weitere 6 Monate gedauert habe, sei sie von Erfolg gekrönt worden. Dass ihm die Fixation in der Pfanne nicht gelang, hat offenbar seinen Grund darin, dass ein Teil des Pfannenrandes abgesprengt war, und erst nachdem dieser wieder mit dem Acetabulum fest vereinigt war, blieb der Kopf in seiner normalen Lage und erst so konnte vollständige Beweglichkeit des Beines erzielt werden.

Bei einem anderen Teil der Fälle von Spontanluxation besteht dieselbe schon so lange, dass Ankylose eingetreten ist und jeder forcierte Versuch einer Reduction auch in Narcose scheitert. Bei dem einen Fall, den ich anführen möchte, hatte eine längere Zeit fortgesetzte Extension auch absolut keinen Erfolg und die Behandlung wurde nach einigen Monaten aufgegeben. Dr. R. Krönlein: „Langenbecks Archiv, Suppl. Heft zum XXI. B. pag. 313, Spontan-Luxation des Femur während Typhus“ beschreibt diesen Fall folgendermassen:

„A. D., 8 Jahre alt, lag im März und April 1875 an Typhus schwer darnieder. Während des Krankenlagers traten im April im rechten Hüftgelenk und Kniegelenk Schmerzen auf und erhebliche Schwellung des ersteren, welche Symptome von selber wieder zurückgingen, wobei das rechte Bein ganz allmählich kürzer wurde. Am 29. 6. 75 erfolgte die Aufnahme in die Klinik. Die Untersuchung ergiebt alle Erscheinungen einer Luxatio iliaca dextra mit Hochstand des Femurkopfes; doch ist die Flexion, Einwärtsrotation und Adduction des Femur verhältnissmässig gering. Die Verkürzung beträgt 4 cm. Jegliche Entzündungserscheinungen von Seiten des Gelenkes fehlen; Patient ist im übrigen gesund und munter. — Zwei in Narcose vorgenommene Repositionsversuche sind erfolglos; auch eine wochenlang fortgesetzte Gewichtsextension hat keinen Einfluss auf die Stellung des

Femurkopfes, weshalb Patient am 18. August 1875 ungeheilt entlassen wird.“ —

„Die Hauptaufgabe der Therapie beruht, wie Roser sagt, darin, dass man die drohende Spontanluxation zu verhüten sucht, und da wir als diese Verrenkung hauptsächlich begünstigend die Adduction und die Rotation nach innen kennen gelernt haben, so wird unsere Hauptaufgabe die sein, jede solche Adduction und Rotation nach innen zu verhüten.“ Mit anderen Worten also muss man, sowie man Verdacht hat auf einen beträchtlichen serösen Erguss in das Gelenk, und das Bein eine fehlerhafte Lage irgend welcher Art annimmt, dasselbe in seine normale Stellung bringen und fixieren.

Tritt aber Spontanluxation ein, so giebt es im ganzen zwei Ausgänge, den die Spontanluxation nach Typhus nehmen kann: in Heilung und in Ankylose. Heilung wird man im allgemeinen in den Fällen erreichen, die frühzeitig in Behandlung kommen, resp. bei denen man die Luxation selbst beobachtet hat und die Fixation des Beines genügend lange Zeit fortsetzt.

„Wenn der Einrichtungsversuch bei einer Spontanluxation des Schenkels“, wie Rosers eigene Worte lauten, „nicht gelingt, oder wenn vielleicht der Fall zu alt ist, als dass man noch Hoffnung auf Reduction hätte, so wird hierdurch die Aussicht auf eine sehr wesentliche Verbesserung des Zustandes solcher Patienten keineswegs ausgeschlossen. Wenn das luxierte Bein aus einer contracten, krankhaft verdrehten und adducierten Stellung in eine mehr gerade Richtung gebracht wird, wenn der Gelenkkopf in eine bessere Lage kommt, wenn ein allzu beweglicher Gelenkkopf besser fixiert und ein allzu wenig mobiler Gelenkkopf wieder beweglicher gemacht wird, so wird der Gang des Patienten sicherer, wenig hinkend sein, oder es vermag der Kranke, der vorher einer Krücke bedurfte, wieder allein zu gehen. Letzteres ist gewiss

ein so grosser Vorteil, dass es wohl der Mühe wert gefunden wird, mit allen Mitteln der chirurgischen Kunst darauf hinzuwirken."

Was nun die Art des zu wählenden blutigen chirurgischen Eingriffs anbetrifft, denn zu einem solchen muss man bei fest ankylosiertem Hüftgelenk unbedingt seine Zuflucht nehmen, so kommen hier zwei Arten von Operationen in Frage: Die Resection des Hüftgelenks mit Bildung eines neuen beweglichen Gelenkes oder die Osteotomie, sei es die subtrochanterica, sei es die durch das Collum femoris mit unbeweglicher Verbindung von Becken und Bein.

Von vornherein muss nun zugegeben werden, dass die Herstellung eines beweglichen Gelenkes, d. h. eines fast vollständig normalen Zustandes jedenfalls mehr dem Ideal des chirurgischen Eingriffes entspricht, als die einfache Osteotomie und also a priori dieser unbedingt vorzuziehen ist.

Man wird also zuerst stets fragen müssen: kann die Resection gemacht werden? und erst, wenn diese aus weiter unten zu erörternden Gründen contraindiciert ist, wird man sich zu der in ihren Resultaten fast absolut sicheren Osteotomie entschliessen. Über beide Arten der Operation äussert sich Volkmann im Centralblatt für Chirurgie 1885 Nr. 15 gelegentlich der Beschreibung eines speciellen Falles in seinem Aufsatz über: „Osteotomie und Resection am Oberschenkel bei Hüftgelenksankylosen, mit besonderer Berücksichtigung der Fälle von doppeltseitiger Ankylose" folgendermassen:

„Durch die Osteotomia subtrochanterica wird die fehlerhafte Stellung sofort und mit völliger Sicherheit beseitigt und das gewonnene Resultat ist ein dauerhaftes. Rückfälle in die alte fehlerhafte Stellung sind unmöglich.

„Das Glied wird durch den Operationseingriff nicht verkürzt, sondern kann, wenn es zuvor verkürzt war,

dadurch sehr erheblich verlängert werden (bis zu 5 Zoll), dass man das Femur sich in abducierter Stellung konsolidieren lässt. (Beckensenkung.)

„Bei der Resection sind Rückfälle in die alte vitiöse Stellung nicht immer mit Sicherheit zu vermeiden. Die durch die Operation in die richtige Stellung zum Becken zurückgeführte und dadurch verlängerte Extremität verkürzt sich dann später wieder. Zuweilen ist überhaupt eine vollständige Beseitigung der Deformität gar nicht zu erreichen, weil die geschrumpfte vordere Kapselwand, Narbenstränge und veraltete Muskelcontracturen der auf die Operation folgenden orthopädischen Behandlung (Gewichtsextension) einen solchen Widerstand entgegensetzen können, dass man mit einem partiellen Erfolge abschliessen muss."

Die Osteotomie giebt also sicherere Resultate als die Resection. Man wird sich also, hier ist vorläufig nur von einseitiger Ankylose die Rede, doch häufig lieber mit dem sicheren, wenn auch nicht so vollkommenen, als mit dem zwar im Falle des Gelingens besseren, aber nicht immer sicheren Verfahren begnügen müssen und im Allgemeinen wohl bei einseitig ankylotischem Hüftgelenk die Osteotomie vorziehen.

Auf die Streitfrage, ob man die Osteotomia subtrochanterica oder die durch das Collum femoris vorziehen solle, möchte ich hier nicht weiter eingehen. Nur so viel will ich davon erwähnen, dass letztere von Volkmann l. c. für bedeutend schlechter gehalten wird als die erstere, während Mordhorst in dem „Centralblatt für Chirurgie, Nr. 15. 1885" sie entschieden empfiehlt, während sie sich in unserem I. Falle allerdings auch nicht als ganz ausreichend erwiesen hat.

Was nun die Fälle von doppeltseitiger Ankylose des Hüftgelenks betrifft, so ist es selbstverständlich, dass mindestens auf der einen Seite die Resektion gemacht

werden muss, da sonst dem Patienten das Gehen überhaupt unmöglich würde. Man wird, wie Volkmann l. c. dies hervorhebt, wie es Bruns in einem „Centralblatt für Chirurgie, 1879 Nr. 43“ geschilderten Falle gethan, wie es Langenbeck gleichfalls in dem eben erwähnten Mordhorst'schen Falle ausgeführt, zuerst auf der einen Seite die Resektion des Kopfes ausführen und es von dem erreichten Resultate abhängig machen, ob man bei der später folgenden Operation an der anderen Seite die Resektion, wie es Studenski, „Centralblatt für Chirurgie 1885 Nr. 15“ gethan, oder die Osteotomie in einer ihrer beiden Formen nachfolgen lassen soll.

Aus vorstehenden cursorischen Angaben lässt sich also ersehen, dass sich eine bestimmte allgemein gültige Regel für die Behandlung der nicht reducierbaren Luxationen nicht aufstellen lässt und dass in jedem einzelnen Falle nach den besonderen Verhältnissen individualisiert werden muss.

Anlage I.

A. P., 15 j. Fleischer, erkrankte Mitte October 1876 an Typhus abdominalis. Schon in den ersten Tagen verlor er das Bewusstsein und in der 2. Woche bemerkte man an dem meist in der rechten Seitenlage liegenden Kranken einen Decubitus über dem rechten Trochanter, er wurde nun auf den Rücken gelegt, Decubitus am Kreuzbein, nun lag der etwas besinnliche Kranke meist in der linken Seitenlage. Sein rechtes Bein lag nun durch 2 Wochen im Knie und Hüfte stark gebeugt und in starker Adduction auf dem linken Beine, dasselbe kreuzend. Zu Ende der vierten Woche des Typhus entstand sehr rasch unter äusserst heftigen Schmerzen eine bedeutende Anschwellung der rechten Hüftgelenksgegend. Die Schmerzen waren so heftig, dass sie dem Kranken den Schlaf raubten. Zwei Wochen später brach nun die Geschwulst hinter dem Trochanter durch, es entleerte sich eine reichliche Menge Eiters. Die Durchbruchsöffnung schloss sich spontan nach 10wöchentlicher Dauer der Eiterung. Zu Weihnachten, also etwa 5 Wochen seit Beginn der

Affektion der Hüfte, bemerkte der Kranke zufällig, dass sein rechtes Bein bedeutend kürzer sei als das linke; wollte er sich im Bett umdrehen, so nahm er ein Krachen in der rechten Hüfte wahr. Den Zeitpunkt der Entstehung dieser Verkürzung weiss der Kranke nicht anzugeben.

Als der Kranke anfing Gehversuche zu machen, konnte er wegen der bedeutenden Verkürzung des rechten Beines nicht ohne Krücke vorwärts kommen. Am 25. Februar 1877 kam er in die Klinik. Wir fanden das rechte Bein etwas abgemagert und bei gleichem Stande beider Spin. ant. sup. um 5 cm verkürzt.

Die genaue Untersuchung der Winkelstellung in der Hüfte mit dem Heine'schen Coxankylometer ergab einen Flexionswinkel von 50°, Adductionswinkel von 15° und einen Rotationswinkel (nach innen) von 20°. Der Trochanter, bei dem äusserst mageren Individuum sehr leicht durchzufühlen, steht der Crista ilei um 5 cm näher als links; er erscheint etwas verdickt. Hinter demselben ist der Kopf des Femur vollkommen deutlich zu tasten und neben dem Kopf noch ein halbmondförmiges, frei bewegliches Knochenstück. Hinter und etwas unter dem Trochanter eine tief eingezogene, etwas hyperämische Narbe. Kleine Bewegungsexcursionen sind unter deutlichem creptierenden Geräusch möglich, der ziemlich normal sich anfühlende Kopf macht dieselben mit. Die vordere Gelenkgegend leicht eindrückbar, nicht empfindlich. Der Kranke kann nur mit der Krücke herumhinken, ohne den rechten Fuss zur Stütze zu benutzen.

Am 27. II. schritt man zur Einrichtung in der Narcose: Durch ziemlich kräftige Extension und Rotation nach aussen gelang es nach kurzer Zeit den Fuss in die richtige Stellung zu bringen, sobald aber der Zug nachliess kehrte das Bein in die fehlerhafte Stellung zurück. Dabei konnte man immer das früher genannte halbmondförmige Knochenstück über dem Trochanter beweglich fühlen. Die Form dieses Knochenstückes, seine Beweglichkeit, der Umstand, dass der Kopf stets beim Nachlassen des Zuges wieder heraufstieg, und dass bei den Bewegungen des Kopfes stets Crepitation wahrzunehmen war, liessen kaum Zweifel darüber, dass das Knochenstück der abgelöste Pfannenrand sei. Um das Bein in der richtigen Stellung zu erhalten, wurde dem Kranken ein Volkmann'scher Extensionsverband mit 15 Pfd. angelegt.

Nach 3 Monaten wurde der Versuch gemacht, die Extension wegzulassen. Sobald aber der Kranke den Versuch machte sich aufzustellen, ging das Bein wieder in die abnorme Stellung zurück, und man konnte noch immer das halbmondförmige Knochenstück beweglich nachweisen. Es wurde die Extension noch weiter fort-

gesetzt, und als nach weiteren 6 Monaten die Extension fortgelassen wurde, blieb das Bein auch bei Gehversuchen in der richtigen Lage und das früher bewegliche Knochenstückchen erschien um 2 cm über der Trochanterspitze fixiert. Die Bewegungen in der Hüfte gingen nun glatt, wohl aber etwas beschränkt vor sich, der Kranke konnte nur bis zu etwa 100° flectieren und auch Abduktion und Rotation waren in etwas behindert. Nachdem der Kranke durch 14 Tage mit Hülfe eines Stockes umhergegangen war, hat sich die Beweglichkeit in der Hüfte noch etwas gebessert und er konnte nun ohne Stock vollkommen gut gehen. Bis auf eine leichte Verdickung der Trochantergegend und eine geringe Beschränkung der Bewegungsexcursionen an den äussersten Grenzen der Flexion und Rotation nach aussen, war ein vollständig normaler Zustand wieder hergestellt.

Anlage II.

Petite fille de 10 ans. En juillet 1883 fièvre typhoïde assez grave. Dans la convalescence attaque de rhumatisme généralisé (de pseudo-rhumatisme si l'on veut) se localisant ensuite dans le pied et la hanche gauche. Douleurs extrêmement vives; fièvre intensive; gonflement considérable des articulations affectées; attitude très-vicieuse des membres et du bassin.

Du 11e au 12e jour après le début de cette complication les douleurs se calment presque instantanément; l'enfant qui jusqu'alors était restée couchée sur le côté sain avec toutes les articulations des membres inférieurs fléchies et le tronc plié en deux, peut s'asseoir dans son lit. — On constate un raccourcissement considérable du membre abdominal gauche; — poussées à l'extrême, les déformations de la coxalgie au second degré; flexion, adduction, rotation en dedans, ascension du bassin, on constate sans la moindre difficulté et d'après la situation relative du grand trochanter et de l'épine iliaque antério-inférieure que la tête du fémur a abandonné la cotyle et s'est luxée dans la fosse iliaque externe.

On replace la tête en exerçant une traction sur le membre, qu'on porte en même dans la rotation en dehors et dans l'adduction. La réduction est obtenue en moins d'une minute. Le bassin lui-même reprend aussitôt sa situation, de sorte que les deux membres redeviennent de même longeur et absolument symétriques. —

La région coxo-fémorale gauche conserve néaumoins un certain empâtement. —

L'enfant est convenablement assujettie dans une „gouttière du Bonnet.“ —

Tous les accidents locaux se dissipèrent et au bout de 15 jours, les deux hanches ne différaient en rien. La sensibilité au toucher a même presque complêtement disparu au niveau de la jointure malade. — Tout fait espérer une guérison complête.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. Sonnenburg für den Hinweis auf das Thema und die gütige Unterstützung bei Abfassung desselben sowie Herrn Medicinalassessor Dr. med. Gueterbock für den liebenswürdigen Nachweis der einschlägigen Litteratur meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

THESEN.

I.

Bei einseitiger Hüftgelenksankylose ist die Volkmannsche Osteotomia subtrochanterica allen anderen Verfahren vorzuziehen.

II.

Die Blennorrhoea neonatorum lässt sich prophylactisch durch Anwendung einer zweiprocentigen Lösung von Argentum nitricum mit absoluter Sicherheit verhüten.

III.

Der Nutzen der „Populärmedizinischen“ Schriften ist mehr als zweifelhaft und ihre Verbreitung im Interesse des Publikums ist thunlichst zu beschränken.

VITA.

Verfasser dieser Arbeit, Hans Heinrich Friedheim, wurde am 19. Mai 1861 zu Berlin geboren und ist evangelischer Confession. Seine Gymnasialbildung erhielt derselbe auf dem Berlinischen Gymnasium zum Grauen Kloster, welches er im Herbst 1881 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 21. October desselben Jahres wurde er als Studierender in das Königl. Preussische medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen. Vom 1. April bis zum 1. October 1882 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger in der 8. Compagnie Garde-Füsilier-Regiments. Am 17. November 1883 bestand er das Tentamen physicum, am 23. Juni 1885 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Bardeleben, Baumann, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Eichler, Ewald, B. Fränkel, Fräntzel, v. Frerichs (†), Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Jaeckel, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, v. Martens, Orth, Reichert (†), Salkowsky, Senator, Schroeder, Schweigger, Schwendener, Skrzeczka, Sonnenburg, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller, Zwicke.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.

Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 101 F914 1885 C.1
U"ber die Spontanluxation des Huftgelenk
2002193647

RD101
F914
1885